



Istituto Comprensivo Statale "Vito De Blasi"
via Comm.re Daniele, 23 – 73034 GAGLIANO DEL CAPO (Lecce) tel./fax 0833.548495
-Sito web: www.icgaglianodelcapo.edu.it E- mail: leic824003@istruzione.it -
PEC: leic824003@pec.istruzione.it Cod. Mecc. LEIC824003 - C.F. 90018370750

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
GAGLIANO DELCAPO**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

C.F.: _____ in servizio presso codesto Istituto, Plesso di _____

in qualità di _____ con contratto a tempo _____

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

- FERIE** (art. 13 e 19 del C.C.N.L. 2006/2009);
 - Ferie** (anno precedente); **Festività soppresse** (art. 14 del C.C.N.L. 2006/2009);
- MALATTIA** (art. 17 e 19 del C.C.N.L. 2006/2009) Visita specialistica; Ricovero ospedaliero;
 - Periodo di Convalescenza post-ospedaliero; Analisi cliniche;
- Permesso Retribuito** (art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009);
 - Motivi personali/familiari; Lutto; Matrimonio; Concorsi/esami;
- Permesso retribuito per Corsi di Aggiornamento** (max 5 gg.) (art. 64 del C.C.N.L. 2006/2009);
- Permesso retribuito per donazione Sangue;**
- Permesso retribuito per Mandato Amministrativo** (art. 38 del C.C.N.L. 2006/2009);
- LEGGE 104/92 - giorni già goduti nel Mese :** 1 - 2 - 3
 - Coniuge Genitore Figlio/a entro il Secondo/Terzo grado
- Congedo Parentale** D.Lgs.105/2022 - (0-12 anni del figlio);
- Interdizione Anticipata per gravi complicanze di Gestazione;**
- Astensione Obbligatoria per Maternità;**
- Congedo per malattia (fino a tre anni di vita) e (da tre a otto anni di vita) del bambino;**
- Riposo orario per allattamento;**
- Altro caso previsto dalla normativa vigente** _____.

SI ALLEGA : _____

Gagliano del Capo, lì _____

Con Osservanza

Vista la domanda :

- si autorizza**
- non si autorizza**

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
(*prof.ssa Pamela Maria Luigia LICHELLI*)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "VITO de BLASI"
Gagliano del Capo(Le)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ ,
residente a _____ via _____ n° _____ ,
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____ a tempo
_____ ,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

di aver usufruito - voler usufruire di _____ giorno/i di permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 c. 2
del CCNL 2006/2009) dal _____ al _____ per motivi _____

_____ li, _____

IL/LA DICHIARANTE
